



**Universidade Federal Do Triângulo Mineiro
Pós-Graduação *Stricto Sensu* Atenção à Saúde**

LUCIANA DE OLIVEIRA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PRESENÇA DE FADIGA E
DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES EM TRATAMENTO DE
QUIMIOTERAPIA**

Uberaba – MG

2016

Luciana de Oliveira Silva

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PRESENÇA DE FADIGA E
DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES EM TRATAMENTO DE
QUIMIOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

Uberaba – MG

2016

Luciana de Oliveira Silva

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E PRESENÇA DE FADIGA E
DISTÚRBIOS DO SONO EM PACIENTES EM TRATAMENTO DE
QUIMIOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* - Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Barichello

___ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elizabeth Barichello - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dra. Maria Helena Barbosa
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto/SP

AGRADECIMENTOS

A Deus, aos espíritos de luz e ao Dr. Bezerra de Menezes, que sempre estiveram juntos de mim, pelas inúmeras bênçãos que me fizeram ter autoconfiança nesta caminhada.

À minha mãe, Emilce, por lutar junto comigo nesta trajetória, incentivando-me e sendo meu maior exemplo. Agradeço cada conselho e cada palavra de amor.

À minha irmã, Cíntia, pelo companheirismo, pela troca de experiências e por estar ao meu lado sempre que precisei.

Ao meu esposo, Jonathan, pela paciência sem tamanho, pela companhia nos momentos de desespero e pelo amor incondicional que sempre dedicou a mim.

Aos meus familiares que estiveram presentes nesta caminhada me incentivando sempre.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^aa Elizabeth Barichello, pelos ensinamentos por acreditar em mim apesar dos obstáculos que enfrentamos juntas, pela relação amiga que criamos e por ser meu exemplo sempre.

A todos os meus amigos que estiveram comigo durante toda esta jornada, em especial à minha amiga Ana Karolina pelo carinho, pela preocupação e pela amizade.

Ao professor Vanderlei Haas pela excelente contribuição para as minhas análises estatísticas, sempre com paciência buscando sempre os melhores resultados.

Aos meus alunos da FACTHUS pelo carinho que me fez buscar ainda mais meu aprimoramento e por me incentivarem nesta caminhada em busca do trabalho docente.

Ao meu apoio técnico Isabela Lacerda pela companhia matinal e pela preocupação e dedicação na conclusão deste trabalho.

À banca examinadora, professora Dras. Helena Megumi Sonobe e Maria Helena Barbosa, pela excelente avaliação e contribuição para a melhora desta pesquisa.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM pelos ensinamentos, orientações e compreensão.

À CAPES pela concessão do auxílio financeiro durante o desenvolvimento deste trabalho.

“Leve na sua memória para o resto de sua vida as coisas boas que surgiram no meio das dificuldades. Elas serão uma prova de sua capacidade em vencer as provas e lhe darão confiança na presença divina, que nos auxilia em qualquer situação, em qualquer tempo, diante de qualquer obstáculo.”

Chico Xavier

RESUMO

SILVA, L.O. **Avaliação da qualidade de vida e presença de fadiga e distúrbios do sono em pacientes em tratamento de quimioterapia** 77f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016.

Os profissionais de enfermagem que atuam no âmbito oncológico enfrentam desafios para realizar um cuidado integral ao paciente acometido pelo câncer. É necessário que as percepções e/ou sensações em relação à doença, ao tratamento e aos outros vários processos que os pacientes estão passando neste contexto propiciem a qualidade de vida (QV) deles. Há diversos sintomas decorrentes do tratamento de antineoplásicos, independentemente de sua característica, e, quando esses sintomas ocorrem juntos, podem ter maior impacto, do que se ocorressem isoladamente, na função física, no estresse e na QV, dentre os principais relatados tem-se a fadiga e os distúrbios do sono. Portanto este estudo objetivou verificar a influência da fadiga e dos distúrbios do sono na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia. A coleta de dados foi realizada na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, localizado em Uberaba, e na central de quimioterapia (QT) do Hospital Dr. Hélio Angotti, da cidade de Uberaba, Minas Gerais. Foram utilizados instrumentos sociodemográficos e clínicos, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI), Escala de Fadiga de Piper e o EORTC-QLQ-C30. Na análise de dados, foi utilizado o *Statistical Package Social Science* (SPSS versão 21), o valor de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Foi utilizada análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de centralidade e de dispersão (desvio padrão ou mínimos e máximos) para as variáveis numéricas. A análise bivariada incluiu medidas de correção (Pearson para variáveis quantitativas). Em relação à influência simultânea de variáveis demográficas, clínicas, fadiga e PSQI, utilizou a análise de regressão linear múltipla para cada um dos domínios da escala EORTC-QLQ-C30. Foram entrevistados 163 pacientes, sendo 67 do sexo masculino (41,1%) e 96 do sexo feminino (58,9%) e a média de idade predominante foi maior ou igual a 60 anos (47,9% dos pacientes abordados). Dentre os diagnósticos oncológicos, os de mama e útero apresentaram maior frequência (29,4%), seguido do sistema gastrointestinal (25,8%). Quanto aos distúrbios do sono analisados pelo PSQI, 92 (56,4%) não

possuem comprometimento da qualidade subjetiva do sono. E a fadiga leve obteve maiores resultados em 93 pacientes (57,1%) e a dimensão comportamental desta escala foi a mais afetada com 3,12 de média e a menos afetada foi a sensitiva com 2,69. Nas dimensões do EORTC-QLQ-C30, a função cognitiva (FC) foi a com escore mais elevado, 79,85, e, na escala de sintomas, a fadiga foi a mais relatada sendo a de maior escore (32,03). Na regressão linear múltipla, utilizou-se o escore global do PSQI, a escala de Piper, a idade e o sexo como fatores preditivos na qualidade de vida. Cabe ao profissional saber reconhecer os sintomas para uma boa assistência prestada, como os distúrbios do sono e a fadiga, que em sua maioria são relatados pelos pacientes. Assim torna-se possível ampliar e melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica. Quimioterapia. Qualidade de vida. Fadiga. Sono.

ABSTRACT

SILVA, L. O. **Assessment of quality of life and the presence of fatigue and sleep disorders in patients on chemotherapy treatment.**77f. Dissertation (Master) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, 2016.

The nurses who work under cancer face challenges to carry out a full care to the patient stricken by cancer. It is necessary that the perceptions and/or feelings in relation to the disease, to treatment and other various cases that the patients are going through in this context are conducive to the quality of life (QOL) of them. There are several symptoms arising from the treatment of antineoplastic, regardless of its characteristic, and, when these symptoms occur together, can have a greater impact than if it occurred in isolation, in the physical function, stress and QOL among the main reported has been fatigue, and sleep disturbances. Therefore this study aimed to verify the influence of fatigue and of sleep disturbances on quality of life related to the health of cancer patients in chemotherapy treatment. The data collection was carried out in the Central of Chemotherapy at the Hospital of Clinics of the Federal University of the Triângulo Mineiro, located in Uberaba, and in the central of chemotherapy (QT) of the Hospital Dr. Hélio Angotti, of the city of Uberaba, Minas Gerais. Were used instruments socio-demographic and clinical Index of Sleep Quality of Pittsburgh (PSQI), Fatigue Scale the Piper and the EORTC-QLQ-C30. In the data analysis, was used the Statistical Package for Social Science (SPSS version 21), the value of 0.05 was considered statistically significant. It was used descriptive analysis from frequency-absolute and percentage for variables categorical measures of centrality and dispersion (standard deviation or minimum and maximum) for the numeric variables. The bivariate analysis included measures of correction (Pearson for quantitative variables). In relation to the influence of simultaneous variables demographic, clinical, and fatigue, PSQI, we used the multiple linear regression analysis for each of the domains of the scale EORTC-QLQ-C30. Were interviewed 163 patients, 67 males (41.1 per cent) and 96 females (up 58.9%) and the average age predominant was greater than or equal to 60 years (47,9% of the patients covered). Among the diagnoses cancer, the breast and the uterus had a higher frequency (by 29.4%), followed by the gastrointestinal system (25,8%). As to the sleep disturbances analyzed by the PSQI, 92 (56.4 per cent) do not have impairment

of the subjective quality of the sleep. And slight fatigue got the greatest results in 93 patients (57,1%) and the behavioural dimension of this scale was the most affected with 3,12 average and the least affected was the sensitivity with 2,69. In the dimensions of the EORTC-QLQ-C30, cognitive function (CF) has the with score higher, 79,85, and, on the scale of the symptoms, fatigue was the most reported being the highest score (32,03). In the multiple linear regression, we used the overall score of the PSQI, the scale of the Piper, age and sex as predictive factors in the quality of life. It is up to the professional to learn to recognize the symptoms to a good assistance, such as sleep disturbances and fatigue, which are mostly reported by the patients. Thus it becomes possible to expand and improve the quality of life of these patients.

Key words: Nursing oncology. Chemotherapy. Quality of life. Fatigue. Sleep.

RESUMEN

SILVA, L. O. **Evaluación de la calidad de vida y la presencia de fatiga y los trastornos del sueño en pacientes en tratamiento de quimioterapia**. 77f. Dissertación (Maestría) – Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba, 2016.

Los profesionales de enfermería que actúan en el ámbito oncológico se enfrentan a desafíos para realizar un cuidado integral al paciente afectada por el cáncer. Es necesario que las percepciones y/o sensaciones en relación a la enfermedad, al tratamiento y a otros muchos procesos que los pacientes están pasando en este contexto propicien la calidad de vida (QV) de ellos. Hay diversos síntomas que se derivan del tratamiento de antineoplásicos, independientemente de su función, y, cuando se producen estos síntomas juntos, pueden tener un mayor impacto, del que se ocorressem aisladamente, en la función física, el estrés, y en las DESIGUALDADES, uno de los principales señalados se tiene la fatiga y los trastornos del sueño. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo verificar la influencia de la fatiga y los trastornos del sueño en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia. La recolección de datos fue realizada en el Centro de la Quimioterapia del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, ubicado en Uberaba, y en el centro de la quimioterapia (QT) del Hospital Dr. Helio Angotti, de la ciudad de Uberaba, Minas Gerais. Fueron utilizados instrumentos sociodemográficos y clínicos, el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI), la Escala de Fatiga de Piper y el EORTC-QLQ-C30. En el análisis de datos se utilizó el Statistical Package Social Science (SPSS versión 21), el valor de 0,05 fue considerado estadísticamente significativo. Se utilizó el análisis descriptivo a partir de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas medidas de centralidad y de dispersión (desviación estándar o mínimos y máximos) para las variables numéricas. El análisis bivariada incluyó medidas de corrección (Pearson para variables cuantitativas). En relación a la influencia simultánea de las variables demográficas, clínicas, fatiga y PSQI, utilizó el análisis de regresión lineal múltiple para cada uno de los dominios de la escala EORTC-QLQ-C30. Fueron entrevistados 163 pacientes, siendo 67 del sexo masculino (41,1%) y 96 del sexo femenino (58,9%) y la media de edad predominante fue mayor o igual a 60 años (47,9% de los pacientes tratados). Uno de los

diagnósticos de cáncer, el de mama y el útero presentaron mayor frecuencia (29,4%), seguido del sistema gastrointestinal (25,8%). En cuanto a los trastornos del sueño analizados por el PSQI, 92 (56,4%) no tienen compromiso con la calidad subjetiva del sueño.. Y la fatiga ligero obtenido mayores resultados en 93 pacientes (57,1%) y la dimensión conductual de esta escala fue la más afectada con 3,12 de la media y la menos afectada fue la sensitiva con 2,69. En las dimensiones de la EORTC-QLQ-C30, la función cognitiva (FC) con el puntaje más alto, 79,85, y, en la escala de síntomas, la fatiga fue la más señalada es la de mayor puntuación (32,03). En la regresión lineal múltiple, se utilizó el puntaje global del PSQI, la escala de Piper, la edad y el sexo como factores predictivos de la calidad de vida. Corresponde al profesional saber reconocer los síntomas para una buena asistencia prestada, como los trastornos del sueño y la fatiga, que en su mayoría son reportados por los pacientes. Así se hace posible ampliar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras-clave: Enfermería oncológica. Quimioterapia. Calidad de vida. La Fatiga.El Sueño.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo....	38
Tabela 2 –Caracterização da amostra, segundo as variáveis clínicas dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.....	39
Tabela 3 - Medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.....	40
Tabela 4 – Frequência e porcentagem das respostas das questões semiabertas do PSQI dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.....	41
Tabela 5 – Frequência e porcentagem das respostas da questão 10 do PSQI dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.....	42
Tabela 6 – Escore Global do Índice de Qualidade do Sono (PSQI) dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.....	42
Tabela 7 – Distribuição da intensidade da fadiga avaliada pela Escala de Fadiga de Piper dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.	43
Tabela 8 – Medidas de posição, variabilidade e consistência interna (alfa de Crombach) para os escores da fadiga dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.....	43
Tabela 9 - Medidas de posição e variabilidade para os domínios do EORTC-QLC- C30 dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo....	44
Tabela 10: Correlação entre o escore global do PSQI e os domínios do EORTC-QLC-C30 dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do 2º ciclo.....	44
Tabela 11 – Correlação entre o escore global da Escala de Fadiga de Piper e os domínios do EORTC-QLC-C30 dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.....	45
Tabela 12 – Modelo de regressão linear para qualidade de vida.....	46

LISTA DE SIGLAS

QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
CA	Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PSQI	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg
EORTC-QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of the Questionnaire Core 30</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Scienses</i>
EGS	Escala Global de Saúde
EF	Escala de Função
FF	Função Física
DP	Desempenho de Papel
FE	Função Emocional
FC	Função Cognitiva
FS	Função Social
FAD	Fadiga
NAV	Náuseas e Vômitos
DIS	Dispneia
INS	Insônia
PAP	Perda de Appetite
CON	Constipação
DIA	Diarreia
DIF	Dificuldades Financeiras
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	APORTE TEÓRICO	19
2.1	ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS	19
2.2	TIPOS DE TRATAMENTO.....	19
2.2.1	Cirurgia Reparadora	20
2.2.2	Radioterapia	20
2.2.3	Quimioterapia antineoplásica	21
2.3	INFLUÊNCIA DA FADIGA E DISTÚRBIOS DO SONO NO PACIENTE ONCOLÓGICO.....	24
2.4	CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO	25
3	JUSTIFICATIVA	28
4	OBJETIVOS	30
4.1	OBJETIVO GERAL	30
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5	MATERIAL E MÉTODO	31
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
5.2	LOCAL DO ESTUDO	31
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
5.3.1	Critérios de Inclusão	32
5.3.2	Critérios de Exclusão	32
5.4	COLETA DE DADOS.....	32
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	36
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	36
6	RESULTADOS	38
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA.....	38
6.2	DISTÚRBIOS DO SONO.....	40
6.3	FADIGA.....	43
6.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	43
6.5	FATORES PREDITIVOS DA QUALIDADE DE VIDA.....	46
7	DISCUSSÃO	48
7.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	48
7.2	DISTÚRBIOS DO SONO.....	49
7.3	FADIGA.....	49
7.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	50

8	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	60
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	61
	APÊNDICE B – Questionário Sóciodemográfico e Clínico	63
	ANEXOS	65
	ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética da UFTM.....	66
	ANEXO B - Índice de qualidade de sono de Pittsburg – PSQI....	67
	ANEXO C - Escala de Fadiga de Piper	71
	ANEXO D - European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire “core” 30 itens. (EORTCQLQ- C30)	75
	ANEXO E – Escore e pontuação do EORTC-QLQ-C30.....	77
	ANEXO F - Estrutura do EORCT-QLQ-C-30.....	78

1 INTRODUÇÃO

O termo câncer (CA) vem do grego karkínos, que significa caranguejo, e foi utilizado pela primeira vez por Hipócrates, conhecido como o pai da medicina. O CA não é uma doença nova, uma vez que foi detectado em múmias egípcias, o que demonstra que ele já acometia o homem há mais de três mil anos antes de Cristo. Nos dias atuais, o termo câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, estas, por sua vez, tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Alguns órgãos são mais afetados do que outros e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos (BRASIL, 2012).

O CA pode surgir em qualquer parte do corpo, cada um com características clínicas e biológicas diversas. Características essas que devem ser estudadas para o diagnóstico, tratamento e seguimento adequados. E que visem garantir a segurança, a saúde e a qualidade de vida (QV) dos pacientes acometidos (BRASIL, 2012).

Dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) estimam que aproximadamente 600 mil novos casos de CA afetaram os brasileiros no ano de 2016. Os principais tipos que ocorrerão no país serão, por ordem de incidência, os de pele não melanoma (para ambos os sexos), o de próstata e o de mama. Outros cânceres cuja incidência merece destaque são os do intestino grosso (terceiro mais incidente entre as mulheres e quarto entre os homens); pulmão (terceiro entre os homens e quinto entre as mulheres), colo do útero (quarto mais comum nas mulheres); estômago (quinto entre os homens e sexto entre as mulheres) e cavidade oral (sexto mais comum entre os homens).

Os profissionais de enfermagem que atuam no âmbito oncológico enfrentam desafios para realizar um cuidado integral ao paciente acometido pelo câncer. Faz-se necessário que esses conheçam as experiências dos doentes oncológicos e quais são suas percepções e/ou sensações em relação à doença, ao tratamento em que eles estão submetidos e aos outros vários

processos pelo quais os pacientes estão passando, neste contexto tem-se a QV desses pacientes. Devido à gravidade da situação do CA, visto que esse problema de saúde pública atinge toda a população, todos esses profissionais, em maior ou menor grau, são responsáveis pelo sucesso das ações direcionadas ao controle da doença (BUETTO; ZAGO, 2015; BRASIL, 2012).

De acordo com o *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group), a QV é definida como a percepção do indivíduo em relação à sua posição de vida, ao seu contexto cultural dentro dos sistemas de valores em que vive e às expectativas, aos padrões e às preocupações. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida se define como sendo a percepção que o indivíduo tem em relação à sua colocação na vida, no contexto cultural em que está inserido, nos valores que conserva, nos objetivos, nas expectativas, nos padrões e nas preocupações que possui (WHOQOL Group, 1995).

O termo qualidade de vida ainda pode ser adotado em condições de estilo de vida, hábitos saudáveis, atividades sustentáveis, direitos humanos e sociais além da subjetividade e do seu caráter de múltiplas outras dimensões (GONÇALVES et al., 2011).

Porém ainda nos dias atuais existem confrontos sobre a real definição do termo QV, sendo este considerado uma medida quantitativa. Dessa forma, uma infinidade de instrumentos têm sido elaborados para mensurá-la. A sociedade acadêmica da área da saúde busca quantificar a QV, por isso almeja desenvolver tais instrumentos com a finalidade de determinar seus domínios e estabelecer a que eles estão relacionados. (CAMPOS; NETO, 2014; VAGETTI et al., 2013).

Faz-se o uso dos dois termos: qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), sendo ambos encontrados nos estudos acadêmicos, sendo o primeiro utilizado para uma conceituação mais ampla e o segundo usado para simbolizar os fatores que interferem na rotina de vida dos indivíduos, relacionados diretamente com a saúde (PAULA; SAWADA, 2015; TONETI et al., 2014).

Os pacientes acometidos pelo câncer apresentam identificações particulares de acordo com a terapia de tratamento que será adotada como, por exemplo, experiências de configuração de nova identidade por estar

acometido pelo CA e como será visto pela sociedade, diversas reações quanto ao tipo de diagnóstico e como este foi comunicado ao paciente, suas crenças e perspectivas sobre a doença, as mudanças que podem ocorrer no corpo, a mudança na normalidade e no padrão de vida antes e depois do adoecimento e o sofrimento individual associado à necessidade extrema de reagir e auxiliar na sua terapia (BUETTO; ZAGO, 2015).

No contexto da QV, tem-se de forma mais particular a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que inclui os aspectos relacionados diretamente a enfermidades e as intervenções e/ou assistências que são prestadas, referindo-se ao impacto dos sintomas, das incapacidades ou das limitações sobre a percepção do indivíduo no seu bem-estar. Além de possuir características multidimensionais sobre a integridade física, o bem-estar psicológico e a satisfação social (SANTOS et al, 2012; GONÇALVES et al., 2011).

2 APORTE TEÓRICO

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

Câncer é um nome dado ao crescimento desordenado das células que tendem a invadir tecidos vizinhos. As células saudáveis que formam os tecidos do corpo são capazes de se multiplicar por meio de um processo contínuo, que é natural. Em sua maioria, essas células crescem, multiplicam-se e morrem de maneira ordenada. Dessa forma, a proliferação celular não implica necessariamente presença ou não de malignidade, uma vez que responde às necessidades específicas do corpo (BRASIL, 2012).

2.2 TRATAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS

Como abordagem terapêutica para o CA existem três formas de tratamento, sendo elas cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Elas podem ser usadas em conjunto no tratamento quando há ocorrência das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica. Daí a importância de uma assistência integral nos serviços oncológicos (de cirurgia, radioterapia e quimioterapia) visando garantir o conforto e a QV do paciente (BRASIL, 2013).

Tem-se como principais metas do tratamento a cura, o prolongamento da vida útil e a melhora da QV do paciente acometido. Existem tratamentos curativos para um terço dos casos de câncer, com destaque para os cânceres de mama, colo do útero, cavidade oral e cólon, estes quando detectados precocemente e tratados de acordo com as melhores práticas clínicas (BRASIL, 2012).

Segundo o INCA, as modalidades terapêuticas do câncer são classificadas como:

- locorregionais (cirurgia e radioterapia);
- sistêmicas (quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia);
- reabilitação (física e psicológica).

As terapêuticas mais recomendadas e empregadas são a cirurgia, a quimioterapia (QT) e a radioterapia (RT).

2.2.1 Cirurgia reparadora

Quando é necessário a adoção do tratamento cirúrgico para o câncer, ele pode ser aplicado com a finalidade curativa ou paliativa. Sendo considerado curativo quando há diagnóstico precoce nos casos iniciais de neoplasias sólidas. Ocorrendo então a ressecção curativa em que todo o CA visível é retirado mantendo-se margens de segurança também microscopicamente livres de qualquer alteração. Já quando se adota o tratamento cirúrgico paliativo, busca-se reduzir a proliferação das células tumorais e amenizar os sintomas que põem em risco a vida e que afetam a QV do paciente (BRASIL, 2008).

O planejamento cirúrgico deve incluir todos os cuidados referentes aos princípios gerais da cirurgia e ao preparo do paciente e de seus familiares sobre as alterações fisiológicas e as mutilações que poderão advir do tratamento (BRASIL, 2008).

2.2.2 Radioterapia

A radioterapia (RT) é o método de tratamento local ou locorregional do câncer que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévias e cuidadosamente demarcadas. As finalidades da RT relacionadas se referem a pacientes adultos, já que, em crianças e adolescentes, cada vez menos se utiliza a radioterapia, em virtude dos efeitos colaterais tardios que ela acarreta no desenvolvimento orgânico. A seguir as características específicas de cada tipo de RT (BRASIL, 2012):

- **Radioterapia curativa:** é conhecida como a mais usual quando o tratamento escolhido é a RT e como o próprio nome já diz ela busca a cura da doença.
- **Radioterapia pré-operatória (RT prévia ou citorredutora):** adotada para reduzir o tamanho do tumor e possibilitar uma melhor abordagem cirúrgica, com ressecção total.

- **Radioterapia pós-operatória ou pós-quimioterapia ou adjuvante (radioterapia profilática):** é utilizada com o intuito de terminar com os possíveis focos microscópicos que possam ter permanecidos mesmo após a cirurgia.
- **Radioterapia paliativa:** visa somente melhorar a expectativa e a qualidade de vida do paciente com melhora da sintomatologia oncológica. Tendo duas modalidades : a antiálgica (atenuação da dor) e a anti-hemorrágica (controle de sangramentos).

2.2.3 Quimioterapia antineoplásica

A quimioterapia (QT) é a forma de tratamento sistêmico que faz uso de medicamentos denominados “quimioterápicos” (ou antineoplásicos) e que são administrados em intervalos regulares de acordo com esquemas terapêuticos prescritos pelo profissional médico. O primeiro quimioterápico foi desenvolvido a partir do gás de mostarda, que foi utilizado nas duas Guerras Mundiais como arma química. Após a exposição dos soldados combatentes a esse agente, foi observado que eles desenvolveram hipoplasia medular e linfóide, o que levou ao uso desse agente como tratamento dos linfomas malignos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

A grande maioria dos medicamentos antineoplásicos possuem doses clássicas e/ou padronizadas que são ajustadas para cada paciente acometido de acordo com a superfície corporal. Os agentes que são utilizados no tratamento do CA durante a QT afetam tanto as células normais como as que apresentam a neoplasia, porém ocasionam maior dano às células malignas do que as com características normais. As diferenças existentes entre o crescimento das células malignas e as células normais é a presença de diferenças bioquímicas verificadas entre elas, provavelmente elas se combinam e conseguem produzir os efeitos específicos do antineoplásicos (BRASIL, 2015; BRASIL 2013).

Para atuação e abordagem terapêutica com QT, existem algumas especificações sendo estas (BRASIL, 2012):

- **Quimioterapia prévia, neoadjuvante ou citorredutora:** como o próprio nome já diz é realizada para a redução local dos tumores em estágios

avançados. Tem como maior finalidade tornar os tumores passíveis de cirurgias redutoras ou melhorar o prognóstico do paciente.

- **Quimioterapia adjuvante ou profilática:** visa ao tratamento cirúrgico associando a cura do tumor quando não há presença de malignidade.

- **Quimioterapia curativa:** como o próprio nome já diz visa curar os pacientes com tumorações malignas, sendo considerada o principal tratamento. Alguns diagnósticos de neoplasias são resolvidos somente com a administração dessa terapia.

- **Quimioterapia para controle temporário de doença:** é realizada para tratamento de neoplasias com tumorações sólidas, em estágios avançados ou quando recidivados. Possibilita ao paciente uma expectativa de vida melhor podendo variar entre meses e anos, mas não garante a cura total da doença.

- **Quimioterapia paliativa:** realizada no momento em que se busca o método paliativo para atenuação dos sinais e sintomas que interferem na qualidade de vida do paciente, porém não tem forte influência na sobrevivência de vida do paciente.

A atuação dos quimioterápicos não é exclusivamente nas células tumorais. As células normais do organismo humano apresentam um tempo de recuperação, ao contrário das células neoplásicas sendo assim a QT pode ser aplicada repetidamente, observando o tempo de intervalo necessário para a recuperação das células saudáveis. Por esse motivo a QT é aplicada em ciclos periódicos específicos para cada paciente e sua respectiva característica do CA (BRASIL, 2015).

Segundo o plano de Ações de Enfermagem para o controle do CA . proposto pelo INCA. em 2008, existem alguns determinantes que devem ser observados para a utilização da QT como forma terapêutica: O diagnóstico histológico e a localização da neoplasia;

- O estadiamento da doença, incluindo padrões prováveis de disseminação para localizações regionais e distância;
- Toxicidade potencial de uso;
- Duração da toxicidade presumida;
- Condições clínicas do paciente.

Essa terapia pode ser administrada por enfermeiros especializados e/ou técnicos de enfermagem capacitados para o exercício desta função. Podendo ser feita das seguintes maneiras(BRASIL, 2015):

- Via oral: tratamento realizado por meio da administração do medicamento em forma de comprimidos, cápsulas e líquidos.
- Intravenosa: o medicamento quimioterápico é administrado na veia (por meio de cateter ou não).
- Intramuscular: o medicamento é aplicado por meio de injeções no músculo.
- Subcutânea: o medicamento é aplicado por meio de injeções por baixo da pele.
- Intracranial: menos frequente, podendo ser aplicada no líquido (líquido da espinha) pelo próprio médico ou no centro cirúrgico.
- Tópico: o medicamento (líquido ou pomada) é aplicado na região afetada.

É importante que o profissional de enfermagem saiba realizar algumas orientações importantes para a boa condução do tratamento, tais como comunicar o médico e/ou o profissional da saúde sobre os efeitos do tratamento, manter o sono e o repouso, conhecer outros medicamentos em uso pelo paciente (tranquilizantes e medicações para dormir), orientar sobre a não ingestão de bebidas alcoólicas a queda dos cabelos e as alterações no ciclo menstrual (BRASIL, 2015).

Muitos efeitos adversos ocorrem no organismo do paciente acometido pelo CA em terapêutica por QT sendo os mais relatados náuseas, enjoos, constipação, alopecia, fraqueza/indisposição, insônia, vômitos, dentre muitos outros (SILVA, COMARELLA, 2013).

Atualmente, pode-se presumir que a QT, apesar de ser amplamente disponível como terapia mais eficaz no combate ao CA, é muito mais agressiva e sobrecarregada do que outras terapias causando na maioria das pessoas toxicidade, comprometendo gravemente os âmbitos psíquicos, a QV e a qualidade do sono dos pacientes acometidos por câncer(OSTACOLI, 2011).

A QT é um processo que em sua maioria transforma a vida da pessoa submetida a ela, provocando perdas, porém ainda tem valor por permitir o sentimento de esperança da cura (BUETTO; ZAGO, 2015).

2.3 INFLUÊNCIA DA FADIGA E DISTÚRBIOS DO SONO NO PACIENTE ONCOLÓGICO

Há diversos sintomas decorrentes do tratamento de antineoplásicos independentemente de sua característica e ,quando esses ocorrem juntos, podem ter maior impacto na função física, no estresse e na QV do que se ocorressem isoladamente. Alguns estudos demonstram que ocorrem concomitantemente e em sua grande maioria os distúrbios de sono e a fadiga (KWEKKEBOOM et al., 2010; OTTE et al., 2010; PALESH et al., 2010).

A fadiga é descrita usualmente como uma experiência subjetiva com presença de cansaço e que afeta indivíduos saudáveis e doentes. Nos indivíduos saudáveis, há relatos de sensação de cansaço intenso causando um desequilíbrio no balanço entre descanso e atividade. Em indivíduos doentes, há uma diferença significativa entre o esforço físico e mental, este ocorre, na maioria das vezes, durante os tratamentos aos quais o paciente está submetido, variando seus estágios, e não melhora com a interrupção da ação fatigante ou após o repouso, o que pode torná-lo crônico e interferir na QV desses pacientes (ABCP, 2010).

A fadiga relacionada ao câncer (FRC) é um dos sintomas mais comuns em pacientes com câncer, relatada entre 50% a 90% dos pacientes acometidos, principalmente em relação à QV, acometendo-a de forma muitas vezes grave. Existem diretrizes estabelecidas sobre a FRC e o relato dos pacientes oncológicos sobre os sintomas relacionados a ela. Nesses relatos os pacientes afirmam que sua rotina pode ter mudado consideravelmente, principalmente em relação à QV. Algumas vezes os profissionais de saúde apresentam conhecimento insuficiente sobre a fadiga e seu manejo, interferindo, assim, na sua melhora (CAMPOS et al., 2011).

Um acompanhamento sobre a gravidade da FRC e como está sendo o impacto desta na QV do paciente deve ser realizado rotineiramente. Com vistas à elaboração de um plano de cuidados apropriado, evidentemente diferenciados respeitando as diferentes terapêuticas e os diferentes tipos de tumores e seus respectivos estágios (CAMPOS et al., 2011).

A aplicação de questionários padronizados e validados sobre a avaliação da FRC deve ser rotina dentro dos ambientes que realizam as

terapêuticas relacionadas ao câncer. Nesse contexto, será utilizada a Escala de Fadiga de Piper – revisada e validada para a população brasileira por Mota, Pimenta e Piper em 2009 para mensuração da fadiga descrita.

Há relatos sobre a prevalência de FRC e distúrbios do sono na população de pacientes oncológicos e, em sua maioria, eles comprovam a presença desses desconfortos nos pacientes que se encontram em tratamento via QT (OSTACOLI, 2011).

Vários fatores têm sido listados como causadores dos distúrbios do sono em pacientes oncológicos, como o próprio diagnóstico de câncer, o tipo e estágio do câncer, a dor, os efeitos colaterais da quimioterapia e da radiação, a resposta imunológica ao crescimento neoplásico, os sintomas físicos relacionados ao câncer, como diminuição da atividade devido à fadiga e à dor e sintomas psicológicos como ansiedade e depressão (ROSCOE et al., 2007).

Avaliar constantemente a qualidade do sono deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde que assistem os pacientes com CA. Essa por sua vez pode acarretar alterações negativas na QV desses pacientes. Tal distúrbio é um problema comum e pode muitas vezes tornar-se crônico nos pacientes acometidos pelos diversos tipos de cânceres e é relatado como sendo dificuldade para dormir, problemas para manter o sono ou má qualidade deste (BERGER, 2009; OTTE et al., 2010; PALESH et al., 2010; ROSCOE et al., 2007).

Para a mensuração da qualidade do sono dos pacientes acometidos com CA, será aplicada a Escala de Qualidade de Sono de Pittsburg (PSQI), que é um instrumento validado no Brasil por Ceolim (1999) e que mensura a qualidade subjetiva do sono para a ocorrência dos seus distúrbios.

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO

O tratamento do paciente oncológico está diretamente ligado à assistência de enfermagem, uma vez que essa patologia apresenta dificuldades e complicações terapêuticas particulares do CA o que faz esses pacientes serem diferenciados e com necessidade de cuidados especializados (ARAÚJO et al., 2015).

Estabelecer um vínculo e compreender como esse paciente reage ao descobrir que está com CA é crucial para os profissionais de enfermagem que convivem constantemente com o paciente, uma vez que será esse profissional que realizará as terapêuticas prescritas, estas por sua vez podem ser dolorosas e desconfortáveis. Cabendo a assistência de enfermagem buscar amenizar tais desconfortos (BELHIANE; MATOS; CAMARGO, 2014).

É essencial que a enfermagem desperte quanto à necessidade de aquisição, aprimoramento e treinamento acerca de cuidados específicos a pacientes oncológicos, com fins a desempenhar seu papel de forma eficaz. O enfermeiro precisa conduzir assim o cuidado mais adequado, que melhore a QV do paciente e também busque amenizar os prováveis efeitos indesejáveis e desconfortáveis dos tratamentos, principalmente da QT. Faz-se necessário que o enfermeiro fundamente sua assistência baseado em conhecimentos científicos que visem à melhoria principalmente da QV do paciente, devendo compreender seu perfil e suas características peculiares (CUNHA; REGO, 2015; ARAÚJO et al., 2015).

É comum que a QT seja sentida pelo paciente como um elemento de “gravidade”, independentemente da maneira como é realizado ou da sua finalidade (reduzir o risco de reincidência por exemplo). Dessa forma, o profissional de enfermagem é a pessoa mais próxima dessa clientela, principalmente nos momentos mais difíceis, como durante o surgimento dos desconfortos diante da terapia a que ela está sendo submetida e é esse profissional que a família e o próprio paciente buscam para esclarecimento e acolhimento diante dos problemas. Dessa forma, o enfermeiro precisa compreender e saber enfrentar tais situações de acordo com os sentimentos que são relacionados à doença oncológica, como angústias, temores e sofrimentos diversos que envolvem o cuidar. Além de emoções perante os tipos diferentes do CA, que muitas vezes podem ser com ou sem possibilidade de cura, os pacientes são submetidos então aos cuidados paliativos (LIMA et al., 2014; OSTACOLI et al., 2011).

É importante destacar que o enfermeiro atuante em uma central de QT vive experiências diversas e muito particulares, pois se relaciona com diferentes pacientes oncológicos, que apresentam sensações e sentimentos diferentes. Esses profissionais vivem experiências como, por exemplo, encarar

a morte como um processo natural, dores inexplicáveis, desconfortos frequentes dentre outras. Esse profissional por sua vez deve saber lidar com o processo de finitude da vida, agregando isso ao seu processo de cuidar. Os pacientes enfrentam muitas vezes decepções acerca do não alcance do resultado esperado com a QT, há esperança ainda de uma segunda chance de vida. Cabe ao enfermeiro apoiar e orientar o paciente quanto à necessidade de ele continuar lutando pela vida (BUETTO; ZAGO, 2015; LIMA et al., 2014).

Sendo assim cabe ao profissional tornar o tratamento o menos traumático e dolorido o que acaba sendo um grande desafio nos dias de hoje, exigindo sempre desses profissionais amplo conhecimento, boas técnicas de acolhimento e participação efetiva de todos da equipe (BELHIANE; MATOS; CAMARGO, 2014).

A assistência de enfermagem direcionada à amenização da fadiga e à melhora da qualidade do sono dos pacientes oncológicos é fundamental para reduzir o impacto do CA na QV dos pacientes (KLUTHCOVSKY, 2011).

3 JUSTIFICATIVA

Avaliar o impacto funcional, assim como o impacto da doença e de seu tratamento na QV dos pacientes, tem se tornado cada vez mais importante. De maneira geral, a QV é influenciada por vários aspectos considerados fundamentais, como o estado funcional, os aspectos físicos (ou sintomas somáticos), os aspectos psicológicos e as relações sociais. Sendo assim, o próprio diagnóstico de câncer somado à ansiedade, ao medo, às manifestações da doença e de seu tratamento, poderão influenciar e consequentemente modificar a QV dos pacientes. (WEYMULLER et al., 2003).

Devido à sua cronicidade e ao tratamento, o paciente com câncer necessita de cuidados permanentes, requerendo assim uma estratégia de atenção que reflita essa circunstância e esclareça as funções e as responsabilidades dos pacientes no gerenciamento de seus problemas de saúde.

Dessa forma, o cuidado prestado pela enfermagem aos pacientes com câncer inclui diversas atividades, como a minimização dos efeitos dos tratamentos (fadiga, náuseas e vômitos); o reconhecimento precoce da recorrência de um novo câncer; a avaliação do status psicossocial e a implementação de intervenções que dizem respeito a essa doença. Frente a esse panorama, destacamos a importância deste estudo que busca contribuir para a atenção dos profissionais de saúde para a questão da fadiga e do sono relacionados ao câncer (BARICHELLO, 2008).

Diante do exposto cabe aos profissionais da saúde a responsabilidade em desenvolver habilidades e ferramentas que orientem as ações para esses pacientes, com vistas a incentivá-los na manutenção do estilo de vida mais saudável, evitando a exposição deles a novos fatores de risco para a recidiva da doença e motivando o aprendizado, para que o cliente seja capaz de praticar ações voltadas à sua saúde.

O desenvolvimento deste projeto visa atender a necessidade de assistência e contribuir para a adequação do perfil profissional da área da saúde, no que tange ao desenvolvimento de habilidades e competências para atender às necessidades desses pacientes.

Tem-se então como questionamento deste estudo:

- a) Há a presença de distúrbios de sono e fadiga em pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo?
- b) Há presença de distúrbios de sono e fadiga que influenciam a qualidade de vida relacionada à saúde?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência da fadiga e distúrbios do sono na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra de pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia;
- Avaliar as dimensões da qualidade de vida dos pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia;
- Identificar a presença de fadiga e distúrbios do sono a que estão expostos os pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia;
- Verificar a influência da fadiga e distúrbios do sono na qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes oncológicos em tratamento de quimioterapia.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Tendo como definição de estudo transversal aquele que realiza abordagem a fim de obter informações de situações diversas referentes à saúde de uma determinada população e/ou comunidade, no qual uma avaliação individual de cada um dos componentes de um determinado grupo é realizada. Tendo como principais vantagens a rapidez, o custo baixo e a detecção de grupos de risco. (POLIT; BECK, 2011).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido, no ambulatório de quimioterapia (QT), de acordo com a disponibilidade dos pacientes, na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e na central de quimioterapia (QT) do Hospital Dr. Hélio Angotti ambos da cidade de Uberaba, Minas Gerais.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída pelos pacientes acometidos pelo câncer que estavam em tratamento na central de quimioterapia dos referidos hospitais e que estiveram presentes no período do estudo.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação apriorístico, $R^2=0,1$, em um modelo de regressão linear com 4 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,05$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de **n = 144**. A variável de desfecho principal foi o escore global de qualidade de vida. Destaca-se que neste estudo obteve-se um n = 163.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com câncer que estiveram em tratamento de quimioterapia, de ambos os sexos e com idade maior ou igual a 18 anos. Aqueles que estiveram em tratamento a partir do segundo ciclo da QT, foram determinados a partir do segundo ciclo, pois é quando geralmente os sintomas iniciam.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos deste estudo os pacientes que estavam em tratamento com QT no 1º ciclo.

Alguns pacientes poderiam não conseguir dialogar com a pesquisadora devido à sua condição clínica. Esses pacientes foram excluídos do estudo, pois não conseguiriam responder aos instrumentos de coleta de dados.

5.4 COLETA DE DADOS

Foi realizada uma busca nos prontuários para eleger os pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão. Mediante essas informações, foi solicitado junto aos serviços a data de retorno desses pacientes a fim de convidá-los para participarem deste estudo.

Foram utilizados quatro instrumentos durante a coleta de dados: o primeiro instrumento (elaborado pelas pesquisadoras) contendo os dados sociodemográficos e clínicos do paciente, o segundo instrumento foi o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg – PSQI, o terceiro instrumento foi a Escala de Fadiga de Piper e o quarto o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life the Questionnaire Core 30 (EORTCQLQ-C30).

A seguir as características dos instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE B):

Abordou as características sociodemográficas e clínicas dos participantes, contendo as seguintes questões:

-idade,

- procedência,
- profissão,
- religião,
- renda mensal individual e renda mensal familiar,
- escolaridade,
- estado civil,
- número de sessão/ciclo,
- diagnóstico local,
- metástase da doença,
- cirurgia durante o tratamento,
- quimioterapia,
- radioterapia,
- número de sessões proposto.

O instrumento foi submetido a uma comissão de juízes para validação aparente e de conteúdo.

b) Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg – PSQI (ANEXO B):

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (PSQI) é um instrumento validado no Brasil por Ceolim (1999) e mensura a qualidade subjetiva do sono para a ocorrência dos seus distúrbios. Apresenta sensibilidade de 89,6% e especificidade de 86,5%, porém ,quando traduzido e validado para o português, o PSQI manteve sua alta sensibilidade (80%) e uma especificidade ligeiramente menor, de 68,8%(CUNHA, 2006).

Esse questionário contém dez questões, sendo as de número um a quatro com respostas do tipo abertas, e as questões de cinco a dez são objetivas. Há três questões (5, 9 e 10) com espaço para registro de comentários do entrevistado, caso haja necessidade (CARDOZO, 2011).

As questões do PSQI formam sete componentes que são analisados a partir de instruções para pontuação de cada um desses componentes, com variação de zero a três pontos. O somatório da pontuação máxima do instrumento é de 21 pontos, sendo os escores superiores a cinco pontos indicativos de qualidade ruim no padrão de sono. A avaliação específica dos componentes do PSQI ocorre da seguinte forma:

- 1º componente: refere-se à qualidade subjetiva do sono, ou seja, à percepção individual a respeito da qualidade do sono;
- 2º componente: demonstra a latência do sono, correspondente ao tempo necessário para se iniciar o sono;
- 3º componente: avalia a duração do sono, ou seja, quanto tempo o paciente permanece dormindo;
- 4º componente: indica a eficiência habitual do sono, obtida por meio da relação entre o número de horas dormidas e o número de horas em permanência no leito, não necessariamente dormindo;
- 5º componente: remete aos distúrbios do sono, ou seja, à presença de situações que comprometem as horas de sono;
- 6º componente: analisa o uso de medicação para dormir;
- 7º componente: é inerente à sonolência diurna e aos distúrbios durante o dia, referindo-se às alterações na disposição e entusiasmo para a execução das atividades rotineiras (CARDOSO et al., 2009).

c) Escala de Fadiga de Piper – revisada (ANEXOC)

A fadiga foi avaliada pela Escala de Fadiga de Piper-revisada, que é uma escala de avaliação multidimensional de fadiga, validada e com propriedades psicométricas consideradas satisfatórias para uso na população oncológica brasileira (MOTA; PIMENTA; PIPER, 2009).

A escala contém 22 itens distribuídos em três dimensões (MOTA, 2008):

- Dimensão comportamental (itens 2 a 7): com questões pessoais, atividades sociais e relacionamento sexual e intensidade global do fenômeno;
- Dimensão afetiva (itens 8 a 12): busca identificar a interpretação ou o significado atribuído à fadiga;
- Dimensão sensorial/psicológica (itens 13 a 23): reúne componentes de autopercepção, emocionais e cognitivos na presença de fadiga.

Além dos 22 itens, a escala apresenta cinco questões abertas, que não são usadas no cálculo dos escores e que permitem obter dados adicionais sobre a fadiga. Os itens são apresentados em escala numérica que varia de 0 a 10 a pessoa escolhe um número que melhor descreve a experiência da fadiga atual. O escore total é obtido pela média final de todos os itens do

instrumento (itens 2 a 23) e os escores das dimensões são obtidos pelo cálculo da média dos itens contidos em cada dimensão. Quanto maior o valor, maior a fadiga, segundo a classificação: escore 0 = ausência de fadiga; escore maior que 0 e menor que 4 = fadiga leve; escore igual a 4 e menor que 6 = fadiga moderada e escore igual ou maior a 6 até 10 = fadiga intensa (MOTA, 2008).

d) European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 itens. (EORTC-QLQ–C30) (ANEXOD)

É um instrumento de qualidade de vida devidamente validado para a população brasileira validado por Brabo (2006), utilizado para pacientes com câncer (AARANSON et al., 1993; SAWADA et al., 2009).

É composto por 30 questões que compõem cinco escalas funcionais (EF) - função física, cognitiva, emocional e social e desempenho de papel; três escalas de sintomas (ES) - fadiga, dor e náusea e vômito; uma escala de estado de saúde global (ESG) e cinco outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com câncer, como dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia, além de um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença (SCHROETER, 2011).

Os valores obtidos nas escalas de estado de saúde global, funções física, emocional, cognitiva e social e desempenho de papel, quanto mais próximos de 100 significam melhor funcionamento ou que estas condições estão melhores. Enquanto, nas escalas de sintomas e dificuldades financeiras, os valores obtidos próximos de 100 significam maior presença desses sintomas e dificuldades (SAWADA et al., 2009).

Para o cálculo de cada escala, é feita a média de pontuação para cada uma delas. Utiliza-se a fórmula-padrão se, pelo menos, metade das questões for preenchida. Os níveis de qualidade de vida serão mensurados e analisada a influência das variáveis clínicas, fadiga e depressão. A forma de pontuação e os cálculos encontram-se no Anexo F (SCHROETER, 2011).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a organização dos resultados, foi criado um banco de dados no programa Excel®, por meio de dupla entrada, também conhecida como dupla digitação, que serão posteriormente validados nesse mesmo programa a fim de se detectar possíveis erros de digitação e conseqüentemente corrigi-los. Depois, esses dados foram exportados para o programa “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) versão 21.

Para alcançar o primeiro, segundo e terceiro objetivos foi utilizada uma análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de centralidade (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou mínimos e máximos) para as variáveis numéricas.

Para atingir o quarto objetivo, a análise bivariada incluiu medidas de correção (Pearson para variáveis quantitativas). Em relação à influência simultânea de variáveis sociodemográficas, clínicas, fadiga e PSQI, utilizou-se a análise de regressão linear múltipla para cada um dos domínios da escala EORTC-QLQ-C30. Os procedimentos inferenciais foram realizados considerando-se o nível de significância de 0,05.

A consistência interna da Escala de Fadiga de Piper, do PSQI e do EORTC-QLQ-C30 foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se o resultado satisfatório quando o alfa se mostrou superior a 0,70.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado Qualidade de vida nos pacientes com câncer, que teve apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Para a condução da pesquisa, este projeto foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) para apreciação segundo a Resolução 466/12. Sendo aprovado mediante o parecer de número 1.312.103.

Para dar início à entrevista, foi solicitada aos participantes a anuência para participação no estudo, após eles terem sido esclarecidos sobre o tema, o

objetivo e a finalidade do trabalho, bem como sobre a garantia do anonimato, sigilo e privacidade. Além da garantia de segurança e ausência de danos para os participantes, foi solicitado por escrito o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A)

Os pacientes foram abordados durante a realização da QT na central de QT dos referidos hospitais. Garantido o momento de privacidade e não havendo interferência na realização da terapia.

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram divididos da seguinte forma: características sociodemográficas e clínicas, padrão do sono, fadiga, qualidade de vida relacionada à saúde e análise de regressão linear múltipla. Sendo que a população deste estudo foi composta por 163 indivíduos.

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo. Uberaba (MG) – 2016.

		(contínua)	
Variáveis Sociodemográficas e clínicas			
		F	%
Sexo	Masculino	67	41,1
	Feminino	96	58,9
Idade	18 a 29 anos	4	2,5
	30 a 39 anos	16	9,8
	40 a 49 anos	20	12,3
	50 a 59 anos	45	27,6
	maior ou igual a 60 anos	78	47,9
Procedência	Uberaba	76	46,6
	Outro	86	53,4
Tempo dedicado à profissão	Tempo Integral	26	16,0
	Meio Período	8	4,9
	Aposentado	60	36,8
	Do lar	32	19,6
	Outro	37	22,7
Renda Mensal Individual do Paciente	0	4	2,5
	Até 01 salário mínimo	82	50,3
	01 a 02 salários mínimos	47	28,8
	02 a 04 salários mínimos	23	14,1
	Mais de 04 salários mínimos	7	4,3
Escolaridade	Analfabeto	12	7,4
	1º grau incompleto	59	36,2

	1º grau completo	24	14,7
	2º grau incompleto	12	7,4
	2º grau completo	56	34,4
Estado Civil	Casado	87	53,4
	Solteiro	25	15,3
	Divorciado	14	8,6
	Viúvo	19	11,7
	Separado	7	4,3
	Amasiado	11	6,7

Fonte:a autora, 2016.

Após a análise das características sociodemográficas, percebe-se que o sexo predominante foi feminino, 58,9%. A faixa etária predominante foi de 50 a 59 anos, 27,6%, seguida de 40 a 49 anos, 12,3%.

A instituição hospitalar de tratamento foi o Hospital Hélio Angotti , 54%, e a maioria dos entrevistados eram procedentes de outras cidades, 53,4%.

Dos indivíduos entrevistados 36,2% apresentaram o primeiro grau incompleto, seguido de 34,4% com o segundo grau completo. O tempo dedicado à profissão predominante foi outro (afastados, autônomos, dentre outros) , 22,7% , e quanto ao estado civil 53,4% eram casados.

Tabela 2 – Caracterização da amostra, segundo as variáveis clínicas dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo. Uberaba (MG) – 2016.

Variáveis clínicas		(continua)	
		F	%
Diagnóstico local	Sistema Gastro intestinal	42	25,8
	Cabeça e Pescoço	10	6,1
	Sistema Urinário	15	9,2
	Hematológicos	27	16,6
	Mama e Útero	48	29,4
Doença com metástase	Não	122	74,8
	Sim	41	25,2
Cirurgia durante o tratamento	Sim	93	57,1

	Não	69	42,9
Tipo de tratamento	Quimioterapia	80	49,1
	Quimioterapia + radioterapia	83	50,9
Ciclos durante o tratamento	2 a 9 ciclos	122	74,4%
	10 a 16 ciclos	22	13,4%
	17 a 24 ciclos	14	8,5%
	25 a 32 ciclos	5	3,0%

Fonte:a autora, 2016.

A tabela 2 mostra que os cânceres mais comuns apresentados pelos entrevistados foi o de mama e o de colo de útero, 29,4%, indo ao encontro com a característica demonstrada pela tabela 1: maior frequência do sexo feminino. Seguido pelo diagnóstico dos cânceres do sistema gastrointestinal (esôfago, gástrico, intestinal, dentre outros), 25,8%.

Levando em consideração o tipo de tratamento, 50,9% realizaram tratamento duplo (quimioterapia + radioterapia) e 49,1% não apresentaram metástase da doença.

O número de ciclos predominante foi o intervalo entre dois a nove ciclos , 74,4%, e 42,9% dos pacientes não realizaram cirurgia durante o tratamento.

6.2 DISTÚRPIO DO SONO

Obteve-se o alfa de Cronbach para o PSQI cujo valor encontrado foi de 0,75, indicando alta consistência interna. Dessa forma, cada item de uma escala é testado simultaneamente com os outros. Os valores para o coeficiente de confiabilidade variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de um mais consistente é o instrumento. O valor de 0,7 é considerado um valor de confiabilidade adequado (CRONBACH, 1951).

Tabela 3 - Medidas de posição e variabilidade para os componentes do sono dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo. Uberaba (MG) – 2016.

PSQI	Min.	Max.	Media	Mediana	Desvio Padrão
Qualidade subjetiva do sono	0	3	1,09	1,00	0,61
Latência do sono	0	6	1,94	1,00	2,13
Duração do sono	0	3	0,40	0,00	0,79

Eficiência habitual do sono	0	3	0,39	0,00	0,87
Distúrbios do sono	0	3	1,25	1,00	0,54
Uso de medicação para dormir	0	3	0,79	0,00	1,26
Disfunção diurna	0	3	0,80	1,00	0,87
Pontuação global do PSQI	0	16	5,55	5,00	3,38

Fonte: a autora, 2016.

Após realizar a análise dos sete componentes do PSQI, conclui-se que a latência do sono (1,94) foi o item que interferiu na má qualidade do sono dos pacientes entrevistados. E a minoria dos pacientes afirmou ter eficiência habitual do sono (horas no leito x tempo total de sono) com um total de (0,39), sendo esse o componente que obteve menor média.

No âmbito da qualidade subjetiva do sono (1,09), grande parte (66,9%) dos pacientes classificou sua qualidade do sono como bom e 30 (18,9%) a classificaram como ruim e somente 3 (1,8%) referiram à sua qualidade do sono como sendo muito ruim.

Realizando a análise das outras questões do PSQI que dizem respeito à disfunção diurna (0,80), observou-se que 73 (44,8%) referiram ter problemas, com frequência de três vezes por semana ou mais, para ficar acordado.

Tabela 4– Frequência e porcentagem das respostas das questões semiabertas do PSQI dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo. Uberaba (MG) – 2016.

.Questões	1		2		3		4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5a - Demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono	88	54	12	7,4	17	10,4	46	28,2	163	100
5b - Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	38	23,3	9	5,5	23	14,1	93	57,1	163	100
5c - Levantar-se para ir ao banheiro	34	20,9	11	6,7	30	18,4	88	54,0	163	100
5d - Ter dificuldade para respirar	143	87,7	3	1,8	6	3,7	11	6,7	163	100
5e - Tossir ou roncar muito alto	101	62	5	3,1	17	10,4	40	24,5	163	100
5f - Sentir muito frio	110	67,5	6	3,7	11	6,7	36	22,1	163	100
5g - Sentir muito calor	98	60,1	7	4,3	28	17,2	30	18,4	163	100
5h - Ter sonhos ruins ou pesadelos	127	77,9	12	7,4	10	6,1	14	8,6	163	100

Fonte: a autora, 2016.

Na tabela 4, foi possível observar que os maiores limitadores e/ou a interferência para boa qualidade do sono dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do 2º ciclo foram acordar no meio da noite ou muito

cedo, 57,1%; levantar-se para ir ao banheiro , 54,0%,e r demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono,28,2%, todos com a resposta de 3 vezes na semana ou mais.

Tabela 5– Frequência e porcentagem das respostas da questão 10 do PSQI dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.

Uberaba (MG), 2016.

Questões	N	%
Você cochila?		
Sim	113	69,3
Não	50	30,7
Total	163	100
Cochila Intencionalmente		
Sim	90	55,2
Não	73	44,7
Total	163	100
Para você cochilar é...		
um prazer	97	59,5
uma necessidade	66	40,4
Total	163	100

Fonte:a autora, 2016.

Sobre o hábito de cochilar, 113 (69,3%) dos pacientes entrevistados referiram fazê-lo, sendo que desses 90 (55,2%) cochilavam intencionalmente e 97 (59,5%) afirmaram que cochilar é um prazer.

Tabela 6– Escore Global do Índice de Qualidade do Sono (PSQI) dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.Uberaba (MG), 2016.

Pontuação Global do PSQI	N	%
PSQI ≤ 5	92	56,4
PSQI > 5	71	43,6

Fonte:a autora, 2016.

Realizando uma análise do escore global do PSQI e levando em consideração as respostas obtidas dos entrevistados, observa-se que 56,4% não possuem comprometimento da qualidade subjetiva do sono.

6.3 FADIGA

A tabela 7 apresenta a intensidade da fadiga que foi avaliada pela Escala de Fadiga de Piper.

Tabela 7– Distribuição da intensidade da fadiga avaliada pela Escala de Fadiga de Piper dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.Uberaba (MG), 2016.

Escala de Fadiga de Piper	N	%
Ausência de fadiga (0)	23	14,1
Fadiga leve (1<4)	93	57,1
Fadiga moderada (4<6)	34	20,9
Fadiga intensa (6-10)	13	8,0
Total	163	100

Fonte:a autora, 2016.

A tabela 7 demonstrou que 93 (57,1%) dos pacientes apresentaram fadiga leve, seguido de 34 (20,9%) com fadiga moderada e a minoria 13 (8,0%) apresentou fadiga intensa.

Tabela 8– Medidas de posição, variabilidade e consistência interna (alfa de Cronbach) para os escores da fadiga dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo. Uberaba (MG), 2016.

Escala de Fadiga de Piper	Min.	Max.	Media	Mediana	Desvio Padrão	Alfa de Cronbach
Dimensão Comportamental	0,00	10,0	3,12	2,66	2,86	0,87
Dimensão Afetiva	0,00	10,0	2,42	1,20	2,84	0,89
Dimensão Sensitiva	0,00	8,36	2,69	2,45	2,19	0,86
Escore total de Fadiga	0,00	8,09	2,75	2,54	2,13	0,78

Fonte:a autora, 2016.

Na escala de Fadiga de Piper, obteve-se a consistência interna para o escore geral e para as dimensões pertencentes como se observa na tabela 8. A dimensão com maior escore foi a comportamental (3,12) e a de menor escore foi a sensitiva (2,69).

6.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Na tabela 9 tem-se que na dimensão das escalas funcionais os resultados variaram entre 69,68% (função emocional) até 79,85% (função

cognitiva) resultando em uma boa qualidade de vida. O contrário é verificado quando se tem os sintomas associados à doença em que quanto maiores forem os valores pior é a qualidade de vida.

Tabela 9 - Medidas de posição e variabilidade para os domínios do EORTC-QLC- C30 dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo.

Uberaba (MG), 2016.

EORTC-QLQ-C30	Min.	Max.	Media	Mediana	Desvio Padrão
Estado Geral da Saúde (EGS)	0	100	72,44	66,66	21,18
Função Física (FF)	0	100	70,71	80,00	24,05
Desempenho de papel (DP)	0	100	68,71	83,33	36,18
Função Emocional (FE)	0	100	69,68	83,33	29,75
Função Cognitiva (FC)	0	100	79,85	100,00	28,41
Função Social (FS)	0	100	73,41	83,33	32,26
Fadiga (FAD)	0	100	32,03	22,22	32,60
Náuseas e Vômitos (NAV)	0	100	20,44	0,00	28,10
Dor	0	100	26,68	16,66	31,88
Dispneia (DIS)	0	100	13,29	0,00	27,60
Insônia (INS)	0	100	29,24	0,00	39,15
Perda de apetite (PAP)	0	100	30,87	0,00	39,11
Constipação (CONS)	0	100	20,65	0,00	33,58
Diarreia (DIA)	0	100	10,42	0,00	23,86
Dificuldades financeiras (DIF)	0	100	29,85	0,00	38,06

Fonte: a autora, 2016.

As correlações entre o PSQI e o EORTC-QLC-C30 foram significativas para todas as dimensões das escalas funcionais e para o EGS. Verifica-se, na Tabela 10, que a correlação foi negativa, ou seja, quanto maior o escore das escalas funcionais do EORTC-QLC-C30 e do EGS, melhor a qualidade de vida, enquanto um escore elevado do PSQI indica pior qualidade do sono.

Tabela 10: Correlação entre o escore global do PSQI e os domínios do EORTC- QLC-C30 dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do 2º ciclo.

Uberaba (MG) – 2016.

ESCALA	Domínios do EORTC-QLC-C30	r	P
PSQI (GLOBAL)	Estado Geral da Saúde (EGS)	-1,76	0,025
	Função Física (FF)	-0,35	0,000
	Desempenho de papel (DP)	-0,40	0,000
	Função Emocional (FE)	-0,45	0,000
	Função Cognitiva (FC)	-0,35	0,000
	Função Social (FS)	-0,30	0,000
	Fadiga (FAD)	0,43	0,000
	Náuseas e Vômitos (NAV)	0,29	0,000

Dor	0,35	0,000
Dispneia (DIS)	0,25	0,001
Insônia (INS)	0,46	0,000
Perda de apetite (PAP)	0,24	0,002
Constipação (CONS)	0,19	0,011
Diarreia (DIA)	0,23	0,003
Dificuldades financeiras (DIF)	0,23	0,003

Fonte: a autora, 2016.

Nota: Sinais convencionais: $p < 0,05$

A correlação de Pearson entre o escore global da Escala de Fadiga de Piper e a EGS foi significativa e inversa, demonstrados na tabela 11. Quanto maior o escore da EGS, menor é o escore da fadiga, ou seja, a melhoria da qualidade de vida diminui a fadiga. A correlação foi significativa também entre todos os domínios da escala de funções do EORTC-QLC-C30.

Na escala de sintomas, houve correlação significativa entre os domínios fadiga ($r=0,43$), dor ($r=0,45$), dispneia ($r=0,28$), insônia ($r=0,28$), perda de apetite ($r=0,27$), constipação ($0,20$) e dificuldades financeiras ($0,33$). As correlações foram positivas demonstrando que escores elevados da Escala de Fadiga causam elevação dos escores desses sintomas.

Tabela 11– Correlação entre o escore global da Escala de Fadiga de Piper e os domínios do EORTC-QLC-C30 dos pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do 2º ciclo. Uberaba (MG) – 2016.

ESCALA	Domínios do EORTC-QLC-C30	r	P
FADIGA (PIPER)	Estado Geral da Saúde (EGS)	-0,34*	0,000
	Função Física (FF)	-0,52*	0,000
	Desempenho de papel (DP)	-0,41*	0,000
	Função Emocional (FE)	-0,46*	0,000
	Função Cognitiva (FC)	-0,40*	0,000
	Função Social (FS)	-0,39*	0,000
	Fadiga (FAD)	0,43*	0,000
	Náuseas e Vômitos (NAV)	0,37*	0,000
	Dor	0,45*	0,000
	Dispneia (DIS)	0,28*	0,000
	Insônia (INS)	0,28*	0,000
	Perda de apetite (PAP)	0,27*	0,000
	Constipação (CONS)	0,20*	0,008

Diarreia (DIA)	0,16	0,035
Dificuldades financeiras (DIF)	0,33*	0,000

Fonte: a autora, 2016.

Nota: Sinais convencionais: * $p < 0,05$

6.5 FATORES PREDITIVOS DA QUALIDADE DE VIDA

Com o objetivo de identificar os fatores preditivos que interferem na qualidade de vida dos pacientes, inseriram-se as variáveis sexo, idade, escore total da Escala de Piper e Escore total da PSQI no modelo de regressão linear multivariada.

Os indivíduos com menor pontuação no escore global do EORTC apresentaram resultados significativos na regressão no que diz respeito à fadiga e ao PSQI ($p < 0,001$).

Tabela 12 – Modelo de regressão linear para qualidade de vida. Uberaba (MG) – 2016.

	SEXO		IDADE		ESCALA DE PIPER		PSQI	
	B	p	β	p	B	P	β	P
Score global (EORTC)	0,17	0,02	0,06	0,39	-0,30	<0,001	0,08	<0,001
Função Física	0,07	0,29	0,04	0,50	-0,45	<0,001	-0,16	0,22
Desempenho de papéis	-0,10	0,15	0,03	0,62	-0,31	<0,001	-0,26	<0,001
Função Emocional	-0,04	0,55	0,00	0,96	-0,35	<0,001	-0,31	<0,001
Função Cognitiva	-0,26	<0,001	0,44	0,53	-0,32	<0,001	-0,17	0,21
Função social	-0,10	0,14	0,11	0,11	-0,31	<0,001	-0,16	0,37
FAD	0,07	0,30	-0,36	0,60	0,32	<0,001	0,29	<0,001
Náuseas e Vômitos	0,11	0,13	-0,10	0,18	0,29	<0,001	0,15	0,05
Dor	0,02	0,69	-0,81	0,25	0,35	<0,001	0,21	<0,001
Dispneia	0,09	0,20	-0,04	0,54	0,21	<0,001	0,14	0,07
Insônia	-0,00	0,95	0,06	0,39	0,15	0,04	0,42	<0,001
Falta de apetite	0,06	0,45	0,01	0,83	0,21	0,01	0,15	0,06
Constipação	0,14	0,06	-0,02	0,71	0,16	0,05	0,10	0,21
Diarreia	0,01	0,84	0,05	0,46	0,10	0,20	0,19	0,02
Condição financeira	-0,02	0,74	-0,11	0,12	0,26	<0,001	0,13	0,09

Fonte: a autora, 2016.

Sabendo que quanto maior o valor de β mais forte é a relação entre os preditores e os desfechos, desde que se tenha $p < 0,05$. Analisando a tabela 12, notou-se que na variável sexo somente houve resultados significativos no

escore global do EORTC ($p=0,02$) e na função cognitiva ($p<0,001$). Na variável idade não houve resultado estatístico aceitável.

Já realizando a análise com o preditor Escala de Fadiga de Piper nas escalas funcionais, obteve-se β negativo com $p<0,001$ para todas as escalas. Indicando que quanto maior o valor das escalas funcionais menor serão os resultados obtidos na escala de Fadiga de Piper, indicando que são inversamente proporcionais. O contrário acontece nas escalas de sintomas em que também se obteve $p<0,001$ (exceto no sintoma diarreia), indicando que quanto maior forem os resultados relativos aos sintomas maior será o resultado na escala de Fadiga de Piper.

Quando se analisou o preditor do PSQI , resultados aceitáveis somente no Escore Global do EORTC foram obtidos no desempenho de papéis e na função emocional , sendo inversamente proporcionais, como destacado no parágrafo anterior. E nas escalas de sintomas resultados aceitáveis para fadiga, náuseas e vômitos, dor, insônia e diarreia foram obtidos.

Nos resultados em que se alcançaram os valores de p significativos ($<0,05$), eles foram ao encontro da hipótese deste estudo, em que se esperava que os pacientes que apresentaram fadiga e distúrbios do sono teriam sua qualidade de vida afetada.

7 DISCUSSÃO

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Em um estudo semelhante a esta pesquisa que visa identificar o perfil dos pacientes em tratamento quimioterápico relacionado à sua qualidade de vida, mostrou-se que os pacientes mais acometidos pelo CA eram do sexo feminino sendo 64,2% da amostra. Evidenciando a necessidade de investimentos para a detecção precoce e a realização de educação em saúde com a população a fim de se promover a conscientização da população quanto ao autocuidado, buscou-se a promoção e a prevenção da saúde (LAUTER et al., 2012).

A mediana de idade da população abordada neste estudo (59 anos) corroborou com a de outro estudo realizado com pacientes tratados na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em que a média de idade foi de 63 anos. No nosso estudo também destaca-se semelhante a outro estudo o fato de uma maior porcentagem de incidência da doença em sexo feminino (JUNIOR; SILVA; CHAVES, 2015).

Nesta pesquisa evidenciou-se que o câncer mais comum dentre os entrevistados foi o de colo de útero e o de mama, o que vai ao encontro de um estudo de revisão integrativa realizado em 2010 que analisou 265 estudos com perfis de pacientes oncológicos e destacou o câncer de mama como uma doença que pode alterar a identidade da mulher. A ablação da mama pode acarretar danos à QV, à satisfação sexual e às atividades físicas e sociais (ZANDONAI, 2010).

Analisando então a estimativa do INCA (2016), notou-se que o câncer de mama seguido do câncer de próstata serão os mais comuns dentre a população do estado. O que está em conformidade com esta pesquisa realizada em Uberaba (MG).

Os dados desta pesquisa sobre o diagnóstico local do câncer gastrointestinal e de mama/colo de útero ocuparam o primeiro lugar com um total de 55,2%, seguidos pelos hematológicos, 16,6%, o que corrobora com as estimativas do INCA (2016) que afirmam que a população terá esses locais

acometidos , fato que acontecerá tanto dentro do estado de Minas Gerais como também em todo o país.

7.2 DISTÚRBIO DO SONO

Neste estudo evidenciou-se que se levantar para ir ao banheiro (54%) foi um dos pontos referidos pelos pacientes entrevistados, o que vai ao encontro de um estudo realizado em Brasília que evidenciou esse mesmo relato em 65% da população em estudo (SILVA, 2012).

Em outro estudo dos fatores que contribuíram para o distúrbio do sono, destacou-se acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo (71,1%), demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono (59,6%) e levantar-se para ir ao banheiro (59,6%). Outro estudo apontou como principais problemas que levaram os pacientes ao distúrbio do sono a necessidade de levantar-se para ir ao banheiro (83,6%) e o despertar no meio da noite ou de manhã muito cedo (47,9%) (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

7.3 FADIGA

Mesmo com estudos esclarecendo sobre a fadiga relacionada ao câncer, ainda existem barreiras para a sua detecção, uma vez que esse sintoma é inevitável ao diagnóstico e conseqüentemente faz parte do tratamento. Principalmente por parte dos pacientes que em sua maioria não sabem relacioná-la ao diagnóstico ou às alterações em suas rotinas diárias. Evidenciou-se também que a fadiga é em sua maioria relatada nos primeiros dias após o início do tratamento quimioterápico (CAMPOS et al., 2011). Neste estudo, no âmbito da fadiga, obteve-se que a maioria dos pacientes apresentou fadiga leve, 57,1% dos casos abordados.

Segundo o estudo de FREIRE et al. 2014, em que se analisaram artigos que descreveram os sinais e sintomas que afetavam a QV dos pacientes oncológicos ,os mais relatados foram fadiga e má qualidade do sono, o que destaca a necessidade de conhecimento amplo dos profissionais sobre essa temática a fim de se melhorar a qualidade da assistência.

Indo ao encontro de um estudo realizado em 2011 sobre a fadiga relacionada ao câncer que evidenciou que este sintoma é reportado por 50% a 90% dos pacientes impactando fortemente na sua qualidade de vida. Esta pesquisa mostrou que quanto maior o escore da EGS menor é o escore da fadiga, ou seja, a melhoria da qualidade de vida diminui a fadiga (CAMPOS et al., 2011).

7.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

No âmbito da qualidade de vida relacionada à saúde, observou-se nesta pesquisa que muitos fatores interferem na QV, sendo as médias função cognitiva (79,85) e função social (73,41), e sendo necessário o conhecimento dessas dimensões. Segundo o estudo de Freire et. al, 2014, é oportuno destacar que os resultados obtidos na associação dos sinais e dos sintomas com a QVRS dependem de fatores determinantes no momento da investigação, como o estágio do câncer, sua localização, a presença ou não de metástases, a intensidade e a frequência dos sintomas, o tipo de tratamento que o paciente está recebendo – paliativo ou para prolongar a vida – e se está sendo feito no contexto hospitalar ou domiciliar.

Atualmente, são destacadas duas vertentes quando se diz respeito à QVRS: sendo uma genérica e outra diretamente relacionada à saúde do indivíduo. Na primeira é uma visão extensa, que sofre interferência de estudos relacionados ao convívio social da pessoa, incluindo desvios e complicações dentro dessa rotina. Enquanto a outra abrange somente as dimensões referentes ao estado de saúde e/ou clínico dos pacientes, principalmente aqueles com CA (CAMPOS; NETO, 2014).

Sabe-se que os escores obtidos nas escalas funcionais quanto mais próximos a 100% representam atividade funcional saudável, já na escala de sintomas ocorre o contrário: quanto mais alto o resultado obtido piores são os efeitos colaterais provenientes do tratamento oncológico (EORTC, 2014). Nessa discussão tem-se então as escalas funcionais variando de 68,71 até 79,85%, indicando boa qualidade de vida. Já a escala de sintomas variando de 10,42 até 32,03% indica a presença dos efeitos do tratamento.

Nosso estudo demonstrou que apesar dos sintomas a maioria dos pacientes no Escore Global do EORTC-QLQ-C30, 72,44%, demonstra boa qualidade de vida. Indo ao encontro de um outro estudo feito que destaca que, apesar dos sintomas estarem presentes, a maioria dos pacientes os consideram passageiros e acreditam que eles fazem parte da doença, sendo então menos preocupantes do que a doença propriamente dita (BUETTO; ZAGO, 2015).

Segundo o estudo feito por Ferreira et. al 2015, com o uso da quimioterapia em idosos, estes por sua vez apresentaram piora no desempenho físico avaliado no EORTC-QLQ-C30 não havendo interferência na qualidade de vida segundo o relato deles. O que vem reforçar os achados do nosso estudo que obteve uma população predominantemente idosa, 47,9%, dos pacientes abordados 70,71% referiram boa qualidade de vida no âmbito da função física.

Há ainda dados da Organização Mundial de Saúde que evidenciam que o surgimento de novos casos de câncer aumenta com a idade, principalmente devido à associação de fatores de riscos relacionados à reparação celular com o envelhecimento das células (WHO,2015).

Neste estudo boas médias no Escore Global do EORTC-QLQ-C30, 72,44%, foram obtidas indicando que, apesar dos sintomas estarem presentes, os pacientes consideraram sua QV boa. Um outro estudo realizado evidencia esses achados obtendo uma média de 74,91%, média bem semelhante ao nosso estudo, ou seja, os pacientes apesar de enfrentarem as alterações de suas rotinas de vida devido ao diagnóstico oncológico ainda sim consideraram sua qualidade de vida boa. (NICOLUSSI et al., 2014).

Sendo assim cabe ao profissional de enfermagem buscar o melhor entendimento dos fatores que podem estar associados à QV do paciente em tratamento de quimioterapia. Buscando melhor percepção a fim de se criar uma assistência que contemple a integralidade do paciente, utilizando-se da visão holística e não se restringindo somente à doença (SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Observou-se como limitação deste estudo a impossibilidade de se avaliar o padrão do sono e a fadiga a longo prazo como no início e no término do tratamento, o que seria possível para identificar a qualidade de vida do

paciente durante todo o tratamento. Porém, mesmo com as limitações, este estudo obteve resultados que corroboram com os achados na literatura, evidenciando ainda mais a necessidade de que essa temática deve ser cada vez mais estudada.

8 CONCLUSÃO

Em relação à população de 163 pacientes em tratamento de quimioterapia a partir do segundo ciclo, prevaleceu a maioria do sexo feminino com idade média de 50 a 59 anos, sendo a maioria aposentados, casados, com baixa escolaridade e procedentes de outros municípios. Sobre as características clínicas, predominaram-se os cânceres de mama e de colo de útero seguido dos cânceres que afetam o sistema gastrointestinal. A maioria, 74,4%, encontrava-se entre o 2º e o 9º ciclos de tratamento.

De acordo com a escala PSQI, obteve-se como resposta sobre o horário para ir dormir o horário entre 21:00 às 00:00. Dentro do escore global do PSQI, 76 (46,6%) dos pacientes apresentaram boa qualidade do sono. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo e levantar-se para ir ao banheiro foram os maiores fatores que interferiram na qualidade do sono relatados pelos pacientes.

A fadiga leve foi a classificação que predominou entre os pacientes abordados (57,1%) e a dimensão comportamental foi a que obteve maior média com escore 3,12.

Sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, dentre os domínios pertencentes à escala funcional, a função cognitiva obteve maior escore, ou seja, 79,85, seguida da função social, 73,41. Na escala de sintomas a perda de apetite e as dificuldades financeiras obtiveram os maiores escores, 30,87 e 29,85 respectivamente.

Na correlação entre o escore global do PSQI e os domínios do EORTC-QLC-C30, não houve resultados estatisticamente significativos, exceto no domínio constipação (0,19). Já no escore global de fadiga (Piper) com os domínios do EORTC-QLC-C30, somente o domínio diarreia (0,16) não apresentou correlação com a fadiga.

Na análise de regressão linear multivariada deste estudo, apontaram-se como fatores preditivos da qualidade de vida o sexo ($p=0,025$); o sexo (0,394); a escala de Piper (0,000) e o escore geral do PSQI (0,000).

Neste estudo foi possível avaliar a qualidade de vida associada a distúrbios do sono e à fadiga nos pacientes em tratamento quimioterápico a partir do 2º ciclo. No âmbito dos profissionais da saúde, tem-se buscado

melhorar a sobrevida desses pacientes, amenizando as reações provenientes dessa terapêutica.

O tratamento quimioterápico é bastante específico e exige amplo conhecimento sobre os diversos tipos de medicações e as suas formas de administração. Cabe ao profissional se qualificar, pois dessa forma ele conseguirá melhorar a qualidade de vida do paciente a ser tratado. Saber reconhecer os sintomas é indispensável para uma boa assistência prestada, por exemplo, os distúrbios do sono e a fadiga, que em sua maioria são sintomas relatados pelos pacientes. Assim torna-se possível ampliar e melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Muito se estuda sobre essa temática. Mas os tempos passam, a ciência evolui e muitas especificidades surgem, por isso é necessário estudos cada vez mais recentes a fim de contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem nesse contexto, voltada diretamente para o cuidado desses sintomas e para a melhoria da qualidade de vida do doente.

REFERÊNCIAS

- ABCP, Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso Brasileiro de Fadiga. **Rev. Bras. Cuidados Paliativos**, v.3, n.2, 2010. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/img/din/file/consenso_fadiga.pdf>. Acesso em 16 Dez. 2015.
- ARAUJO, Sarah Nilkece Mesquita et al . O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 2, p. 267-274, Abr. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200012&lng=en&nrm=iso>. Acessoem 13 Dez. 2015.
- AARANSON, N. K. et al. The European Organization for Research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use international clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Carry, v.85, n.5, p.365-76, 1993.
- BARICHELLO, Elizabeth. **Distúrbios no padrão do sono em pacientes submetidos à cirurgia oncológica**. 2008. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BELHIANE, Heber Paulino Pena; MATOS, Leandro Rodrigo Pereira; CARMARGOS, Ferreira. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.4, n.3, set. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/592/773>>. Acessoem 16 Dez. 2015.
- BERGER, A. M. Update on the state of the science: sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. **OncologyNursingForum**, New York, v.36, p.165-77, 2009.
- BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do questionário de QV para pacientes com câncer de pulmão QLQ LC 13 da organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer**. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Silva (INCA). **Quimioterapia, 2015**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=101>. Acesso em 09 dez. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de atenção especializada. Sistema de Informação ambulatorial do SUS em Oncologia. **Manual de Bases Técnicas**. Brasília, Distrito Federal, 14ª ed. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_oncologia_14edicao.pdf>. Acesso em 09 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, 2012.

Disponível em: <

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>.

Acesso em: 09 dez 2015.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Silva (INCA). **INCA estima quase 600 mil casos novos de câncer para 2016**. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/inca_estima_quase_600_mil_casos_novos_de_cancer_em_2016>.

Acesso em 09 dez. 2015.

BUETTO, Luciana Scatralhe; ZAGO, Marcia Maria Fontão. Significados da qualidade de vida no contexto da quimioterapia pelo paciente com câncer colorretal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 427-434, June 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300427&lng=en&nrm=iso)

[11692015000300427&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300427&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Dez. 2015.

BUYSSE, D. J. et al. Relationships between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and clinical/polysomnographic measures in a community sample. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Westchester, v.4, n.6, p.563-71, 2008.

CAMPOS, Maryane Oliveira; NETO, João Felício Rodrigues. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.232, 2014. Disponível em:

<<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1438/1075>>. Acesso em 20 nov. 2016.

CAMPOS, Maira Paschoin de Oliveira et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 211-219, Apr. 2011. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Dez. 2015.

CARDOZO, F. M. C. **A influência da depressão e fadiga na qualidade de vida dos pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia**. 2011. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CUNHA, Fernanda Furtado da; REGO, Luciana de Paiva. Enfermagem diante da dor oncológica. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 142-145, Jun. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000200142&lng=en&nrm=iso)

[00132015000200142&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000200142&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Dez. 2015.

CUNHA, M. C. B. **Qualidade do sono em diabéticos do tipo 2**. 2006. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

EORTC Quality of Life.QLQ-C30 development.Disponível em <http://groups.eortc.be/qol/qlq-c30-development>. Acesso em 30 out 2016.

FERREIRA, Maria Luiza Ludermiret al . Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 165-177, mar. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100165&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 nov. 2016.

FREIRE, Maria Eliane Moreira et al . Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 357-367, abril 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200357&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 nov. 2016.

GONÇALVES et al. Qualidade de vida relacionada à saúde (HRQL) de adultos entre 50 e 80 anos praticantes de atividade física regular: aplicação do SF-36, **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 16, p. 407-420, 2011. Disponível em:<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/17928/16453>>. Acesso em 01 jan. 2016.

JUNIOR, Márcio Luiz; SILVA, Laísa Gabrielle; CHAVES, Aline Lauda. Perfil dos pacientes com diagnóstico de câncer de sítio primário desconhecido em um centro terciário de atenção oncológica. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.59, n.4, p-276-281, out.-dez. 2015. Disponível em: <<http://revistaeletronicaamrigs.org.br/wp-content/uploads/2016/06/004.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2016.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Fadiga e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama após um ano do diagnóstico.** 2011. 158f. Tese (Doutorado em Medicina Interna) Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

KWEKKEBOOM, K. L. et al. Mind-Body Treatments for the Pain-Fatigue-Sleep Disturbance Symptom Cluster in Persons with Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v.39, n.1, p.126-38, 2010.

LAUTER, Dagmar Scholl et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes oncológicos. **Rev. Convinbra.** Disponível em: <http://www.convinbra.org/upload/paper/2014/69/2014_69_9496.pdf>. Acesso em 02 nov. 2016.

LIMA, Patricia Costa et al . O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, p. 503-509, set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Dez. 2015.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.21, n.3, p.600-7, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71424779015.pdf>>. Acesso em 30 out. 2016.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M.; PIPER, B. F. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue scale-revised. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v.1, n.6. p.645-52, 2009.

NICOLUSSI, Adriana Cristina et al., Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. Rene**, v. 15, n.1, p.132-140, jan-fev 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1475/pdf>>. Acesso em 25 nov. 2016.

OTTE, J. L et al. Prevalence, severity, and correlates of sleep-wake disturbances in long-term breast cancer survivors. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 39, p.535-47, 2010.

OSTACOLI, Luca et al. Distúrbio Pós-Traumático de stress, qualidade do sono, ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **J Nurs Health, Pelos-RS**, v.1, n.2, p.311-324, jul. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3444/2829>>. Acesso em 29 dez. 2015.

PALESH, O. G. et al. Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v.28, n.2, p.292-8, 2010.

PAULA, J. M.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1868/pdf>>. Acesso em: 19 nov 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidência para as práticas de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSCOE, J. A. et al. Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders. **The Oncologist**, Dayton, v.12, suppl. 1, p.35-42, 2007.

SANTOS et al. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. **Rev.**

Bras. Canc, v.58, n.3, p. 507-515, 2012. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/21_artigo_avaliacao_qualidade_vida_relacionada_saude_pacientes_cancer_colo_uterio_tratamento_radioterapico.pdf>. Acesso em 01 jan 2016.

SILVA, Franciele Cristine; COMARELLA, Larissa. Efeitos adversos associados à quimioterapia antineoplásica: levantamento realizado com pacientes de um hospital do estado do Paraná. **Revista UNIANDRADE**, v. 14 n.3, p 263-277, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/LUCIANA/Downloads/82-213-1-PB.pdf>>. Acesso em 14 dez. 2015.

SCHLOSSER, T. C. M. **Qualidade do sono e fadiga em idosos sob tratamento quimioterápico ambulatorial**. 2011. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2011.

SCHROETER, D. **Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário**. 2011. 154f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2011.

TONETI, B. F. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos com câncer em tratamento adjuvante. **Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza v. 15, n. 6, p. 1030-1038, nov./ dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041233017>>. Acesso em: 20 nov. 2016

VAGETTI, G. C. et al. Condições de saúde e variáveis sociodemográficas associadas à qualidade de vida em idosas de um programa de atividade física de Curitiba, Paraná, Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 955-969, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/13.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016

WEYMULLER EA JR, DELEYIANNIS FF, YUEH B. **Quality of life in patients with head and neck cancer**. In: Myers EN, Smith ER, Myers JN, Hanna.

Winnigham ML, Nail LM, Burke MB, Brophy L, Cimprich B, Jones LS, et al. Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. **Oncol Nurs Forum** 1994;v.21, n.1, p.23-35. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8139999>>. Acesso em 20 nov. 2016.

World Health Organization Quality of Life Group. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.

ZANDONAI, Alexandra Paola et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, [online], v.12, n.3, p-554-561, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a20.htm>. Acesso em 30 out. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARTICIPANTES MAIORES DE
IDADE**

Título do Projeto: Qualidade de vida dos pacientes com câncer

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo Qualidade de vida dos pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e no Hospital Dr. Hélio Angotti. Os avanços na área da saúde ocorrem por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida dos pacientes em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia. Caso você participe, os questionamentos serão realizados mediante aplicação de três instrumentos: o primeiro contendo informações pessoais e histórico de saúde, o segundo é um instrumento para avaliação de autoestima e o terceiro para avaliação da qualidade de vida. Você poderá assinalar os instrumentos, respondendo-os. Se for de sua preferência, a pesquisadora poderá proceder à leitura assinalando o item por você escolhido. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que o benefício decorrente da participação nesta pesquisa seja conhecer os possíveis sintomas que a quimioterapia e/ou radioterapia podem ocasionar na sua qualidade de vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em nenhum momento no estudo, pois você será identificado por meio de um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Título do projeto: Qualidade de vida dos pacientes com câncer

Eu, _____,
 li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a qual procedimento serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e os benefícios do estudo. Eu entendo que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.
 Uberaba,/...../.....

 Assinatura do voluntário ou do seu
 responsável legal

 Documento de identidade

 Assinatura do pesquisador
 responsável

 Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Elizabeth Barichello: (34) 3700-6484

Em caso de dúvidas em relação a esse documento, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3700-6776.

APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

I – IDENTIFICAÇÃO (DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS)	
Nº _____	Idade (anos completos): _____ RG: _____
Procedência: (1) Uberaba(2) Outro	
Sexo: (1) M (2) F	
Profissão/Ocupação: (1) tempo integral (2) meio período (3) aposentado (4) do lar (5) outro: _____	
Religião: (1) Católico (2) Protestante (3) Evangélico (4) Espírita (5) Outro: _____	
Renda mensal individual: (1) Até 1 SM (2) 1 a 2 SM (3) 2 a 4 SM (4) Mais de 4 SM	Renda mensal familiar (1) Até 1 SM (2) 1 a 2 SM (3) 2 a 4 SM (4) Mais de 4 SM
Escolaridade: (1) Analfabeto (2) 1º grau incompleto (3) 1º grau completo (4) 2º grau incompleto (5) 2º grau completo	
Estado civil (1) Casado (2) Solteiro (3) Divorciado (4) Viúvo (5) Separado (6) Amasiado	
II. DADOS CLÍNICOS	
Data de admissão:	
Número da sessão/ciclo:	
Diagnóstico oncológico/local:	
Quando foi que você soube que estava com câncer? Data: / /	

O câncer apresenta metástase?

(1) Não (2) Sim. Local:

Tratamento oncológico:

Realizou cirurgia (1) Não (2) Sim

Quimioterapia (1) Não (2) Sim (3) Neoadjuvante (4) Adjuvante

Radioterapia (1) Não (2) Sim

ANEXOS

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFTM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA NOS PACIENTES COM CÂNCER

Pesquisador: Elizabeth Barichello

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46341315.1.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.312.103

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 28/10/2015.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_520771.pdf	21/10/2015 11:06:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_setembro.docx	21/10/2015 11:05:58	Elizabeth Barichello	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_revisado_CEP.doc	21/10/2015 10:15:53	Elizabeth Barichello	Aceito
Outros	Parecer GEP-HC-UFTM.pdf	14/07/2015 13:25:01		Aceito
Outros	Anexos.docx	18/06/2015 20:17:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	18/06/2015 20:12:10		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO B - ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURG – PSQI

Instruções:

As questões a seguir serão referentes aos seus hábitos de sono apenas durante o mês passado. Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda a todas as questões.

1- Durante o mês passado, a que horas você foi se à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

Comentários do entrevistado (se houver):

2- Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO:

Comentários do entrevistado (se houver): _____

3- Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

Comentários do entrevistado (se houver): _____

4- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (Pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5- Durante o mês passado, quantas vezes você teve problema para dormir por

(a) demorar mais de 30 minutos (meia hora) para pegar no sono ?

() nenhuma vez

() uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (se houver): _____

(b) acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo ?

nenhuma vez uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (se houver): _____

(c) ter levantado para ir ao banheiro ?

nenhuma vez uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (se houver): _____

(d) ter dificuldade para respirar ?

nenhuma vez uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (se houver): _____

(e) tossir ou roncar muito alto ?

nenhuma vez uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (se houver): _____

(f) sentir muito frio ?

nenhuma vez uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (se houver): _____

(g) sentir muito calor ?

nenhuma vez uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana três vezes por semana ou mais

Comentários do entrevistado (se houver): _____

(h) ter sonhos ruins ou pesadelos ?

() menos de uma vez por semana () três vezes por semana ou mais

Qual (is)? _____

Comentários do entrevistado (se houver): _____

9- Durante o mês passado , você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

() nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

() indisposição e falta de entusiasmo pequenas

() indisposição e falta de entusiasmo moderadas

() muita indisposição e falta de entusiasmo

10- Para você o sono é

() um prazer .

() uma necessidade.

() Outro – Qual? _____

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Você cochila? () Sim () Não

Comentários do entrevistado (se houver): _____

Caso sim, você cochila intencionalmente, ou seja, porque quer cochilar?

() Sim () Não

Para você cochilar é

() um prazer .

() uma necessidade.

() Outro – Qual

? _____

Comentários do entrevistado (se houver): _____

ANEXO C - ESCALA DE FADIGA DE PIPER

Instruções: Para cada questão a seguir, circule o número que melhor descreve a fadiga que você está sentindo AGORA. Por favor, esforce-se para responder a cada questão da melhor forma possível. Muito obrigada.

1. Há quanto tempo você está sentindo fadiga? (*Assinale somente UMA resposta*)

2.

Dias_ _ _

Semanas_ _ _

Meses_ _ _

Horas_ _ _

Minutos_ _ _

Outros(*por favor descreva*)_ _ _

1 Quanto estresse a fadiga que você sente agora causa?

0 Nenhum estresse 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito estresse 10

3. Quanto a fadiga interfere na sua capacidade de completar suas atividades de trabalho ou escolares?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito 10

4. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de visitar os seus amigos ou estar junto deles ?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito 10

5. Quanto a fadiga interfere na sua habilidade de ter atividade sexual?

Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muito 10

6. De modo geral, quanto a fadiga interfere na sua capacidade de realizar qualquer tipo de atividade de que você gosta?

Nada											Muito
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

✓ Como você descreveria a intensidade ou a magnitude da fadiga que você está sentindo agora?

✓

Leve											Intensa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Como você descreveria a fadiga que está sentindo agora?

8.

Agradável											Desagradável
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

9.

Aceitável											Inaceitável
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10.

Protetora											Destruidora
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

11.

Positiva											Negativa
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

12.

Normal											Anormal
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

13. Quanto você está se sentindo....

forte ?											fraco ?
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

14. Quanto você está se sentindo...
acordado ? sonolento ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. Quanto você está se sentindo....
com vida ? apático ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Quanto você está se sentindo...
com vigor ? cansado ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17. Quanto você está se sentindo...
com energia ? sem energia ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18. Quanto você está se sentindo...
paciente ? impaciente ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19. Quanto você está se sentindo...
relaxado ? tenso ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20. Quanto você está se sentindo...
extremamente feliz ? deprimido ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21. Quanto você está se sentindo...
capaz de se concentrar ? incapaz de se
concentrar ? concentrar ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22. Quanto você está se sentindo...
capaz de se lembrar ? incapaz de se lembrar ?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Quanto você está se sentindo...

capaz de pensar com clareza ?

incapaz de pensar com clareza

?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

24. De modo geral, o que você acha que contribui para a sua fadiga ou que a causou ?

25. De modo geral, o que mais alivia a sua fadiga é:

26. Existe mais alguma coisa que você gostaria de dizer para descrever melhor sua fadiga?

27. Você está sentindo qualquer outro sintoma agora? () Não () Sim

Por favor, descreva-o. _____

ANEXO D- EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE “CORE” 30 ITENS. (EORTCQLQ-C30)

Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer é estritamente confidencial.

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
A. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
B. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma grande caminhada?	1	2	3	4
C. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
D. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
E. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

13 – Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
A. Você se sentiu limitado/a para realizar seu trabalho ou cumprir suas atividades diárias?	1	2	3	4
B. Você se sentiu limitado/a em suas atividades de lazer?	1	2	3	4
C. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
D. Você tem tido dor?	1	2	3	4
E. Você precisou repousar?	1	2	3	4
F. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
G. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
H. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
I. Você tem se sentido nauseado/a?	1	2	3	4

13 – Durante a última semana,

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
J. você tem vomitado?	1	2	3	4

ANEXO E: ESCORE E PONTUAÇÃO DO EORTC-QLQ-C30

Estabelece-se um escore bruto (EB) de cada escala, que é formado pelo somatório do valor das alternativas assinaladas em cada questão/item que compõe a escala e que é dividido pelo número de respostas. O valor das alternativas varia de 1 a 4, da questão de 1 a 28.

$$EB = q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n / N$$

Sendo que “N” é o número total dos itens que compõem a escala e o “n” o item individual.

$$EB = q_1 + q_2 + q_3 + \dots + q_n / N$$

O segundo passo é a transformação linear (escore entre 0 a 100), que deve seguir os seguintes passos:

- Cálculo para as Escalas Funcionais:

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{variação}] \times 100$$

- Cálculo para a escala Global – EGS/QV:

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{variação}] \times 100$$

- Cálculo para as escalas/itens sintomas:

$$\text{Escore} = [(EB - 1) / \text{variação}] \times 100$$

Anexo F – Estrutura do EORCT QLQ-C-30.

ESCALAS	QUESTÕES	ITEM	ESCORE min=0	ESCORE máx=100
EGS/QV	29 e 30	2	Condição física e qualidade de vida ruins.	Condição física e qualidade de vida excelentes.
Escala funcional				
FF	1 a 5	5	Confinado na cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer.	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade.
DP	6 e 7	2	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer.	Não apresenta limitações no trabalho ou lazer.
FE	21 a 24	4	Sente-se muito tenso, irritado, deprimido ou preocupado.	Não se sente tenso, irritado, deprimido ou preocupado.
FC	20 a 25	2	Apresenta muita dificuldade de concentrar-se e recordar informações.	Não apresenta dificuldade de concentração e memória.
FS	26 a 27	2	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais.	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e nas atividades sociais.
Escala de sintomas				
FAD	10,12 e 18	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita de descanso.	Sente-se muito fraco, cansado e necessita de descanso ¹ a maior parte do tempo.
NAV	14 e 15	2	Não apresenta náuseas e vômitos.	Sente-se muito nauseado e vomita muito.
Dor	9 e 19	2	Não sente dor.	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades.
Sintomas (itens)				
DIS	8	1	Não apresenta dispneia.	Apresenta dispneia severa.
INS	11	1	Não tem dificuldades para dormir	Não consegue dormir.
PAP	13	1	Apetite conservado.	Anorexia severa.
CON	16	1	Sem constipação.	Constipação severa.
DIA	17	1	Sem diarreia.	Diarreia severa.
DIF	28	1	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras.	A condição física e o tratamento provocam muitas dificuldades financeiras.

Fonte: Kameo (2006). **Siglas das Escalas:** EGS= escala global saúde/ qualidade de vida; FF= função física. DP= desempenho de papéis; FE= função emocional; FC= função cognitiva; FS= função social; FAD= fadiga; NAV= náuseas e vômitos; DIS= dispneia; INS= insônia; PAP= perda de apetite; CON= constipação; DIA= diarreia; DIF= dificuldades financeiras.